

AL DISTRETTO DI _____
ASP DI RAGUSA

OGGETTO: COMUNICAZIONE VARIAZIONE ORARIO DI APERTURA STUDIO MEDICO

Il/La sottoscritt__ dott./dott.ssa _____

Medico di assistenza primaria Medico pediatra di libera scelta

convenzionato con il S.S.R. - ASP di Ragusa – ambito territoriale di _____

cod. reg. n. _____ titolare di n. scelte (dati ultimo cedolino) _____

medico associato SI NO tipologia associazione _____

(I medici che aderiscono a forme associative sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione nazionale e regionale per le singole tipologie di associazione).

COMUNICA

che dal _____ osserverà i seguenti orari di apertura dello/gli studio/i:

(comunicare gli orari di tutti gli studi, anche se la variazione riguarda uno solo di essi)

STUDIO N. 1 ubicato in _____ via _____

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

STUDIO N. 2 ubicato in _____ via _____

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

STUDIO N. 3 ubicato in _____ via _____

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

STUDIO N. 4 ubicato in _____ via _____

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

E D I C H I A R A (solo per i medici associati)

che i suddetti orari sono coordinati con quelli dei Colleghi associati secondo le modalità previste dall'ACN e dall'AIR vigenti.

Luogo e data

timbro e firma del medico



A CURA DEL DISTRETTO

Si attesta che gli orari sono conformi a quanto previsto dai vigenti ACN ed AIR.

Luogo e data

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
(o suo delegato)
(Timbro e firma)